دراسات عربية فى علم النفس (مج١٢، ع٤: أكتوبر ٢٠١٣، ص ص ٦٢٧ - ٦٧٠)

شدة الإصابة بداء الثعلبة* وعلاقتها بكل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة

د/هناء أحمد محمد شويخ*

ملخص:

تهدف هذه الدراسة توضيح مدى تباين كل من الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة في ضوء تباين درجة شدة الإصابة بداء الثعلبة، وكشف تحليلات المسار Path Analysis لطبيعة العلاقات المباشرة وغير المباشرة بين المتغيرات الثلاثة. وقد اشتملت أدوات الدراسة على: قائمة البيانات الأولية، وبطارية "بك" Beck للاكتئاب، والصورة المختصرة ٣٦ لاستخبار نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وقد تكونت العينة من (١٠٠) مريض بداء الثعلبة (٧٦ ذكرًا، و٢٤ أنثى)، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين٢٢ – ٥٦ سنة، بمتوسط ٤٠,٤٣ سنة، وانحراف معياري ± ٦,١٥. وكان أهم نتائجها: (١) يتباين كل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتباين درجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة). (٢) يتباين كل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتباين عدد مرات الإصابة بداء الثعلبة. (٣) يؤدي الاكتئاب دور المتغير الوسيط بين شدة الإصابة بداء الثعلبة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة. (٤) توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة في: الاكتئاب، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

المصطلحات الأساسية: الاكتئاب، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، داء الثعلبة.

* يترجم هذا المرض Alopecia Areata باللغة العربية إلى داء الثعلبة أو الحاصة البقعية، وسيعتمد البحث الراهن على مصطلح داء الثعلبة كترجمة للمصطلح الإنجليزي.

* أستاذ مساعد بقسم علم النفس ـ كلية الآداب بقنا ـ جامعة جنوب الوادي

مقدمة:

تتسم العلاقة بين الأمراض الجلدية Cutaneous diseases والمتغيرات النفسية بأنها شديدة الصلة، والأدلة على ذلك كثيرة، منها: (١) ظهور تخصص بَيْنِي يُسمي بعلم النفس الجلدي Psychodermatology، (٢) وتراكم الأبحاث والدراسات المؤكدة لدور العوامل النفسية في الإصابة بالأمراض الجلدية، وفي استمرارها، وفي تطورها، بل وفي علاجها أيضًا (Papadopoulos & Legg, 1999). وهو ما أكدته الإحصاءات من أن ثلث المرضى المصابين بأمراض جلدية يتم علاجهم بالأساليب النفسية (Owoeye, Aina, Omoluabi & Olumide, 2007; Panconesi & Mantellassi, 1995). وقد وصفت مدارس التحليل النفسي الاضطرابات الجلدية بأنها غطاء لصراعات الكائن الحي الداخلية (Arciero, Russielo, Decaminada, Corona & Pasquini, 1998). (٣) كما أدرجت الدراسات المسحية الأمراض الجلدية ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders، خاصة بعد أن رصدت نحو ٢٠٪ من مرضى الأمراض الجلدية يعانون اضطراب المزاج، و١٦٪ يعانون اضطرابات القلق، و٤٨٪ يعانون الاضطرابات النفس جسمية Psychosomatic Disorders (Picardi et al., 2005; Picardi et al., 2006). وأيضًا حين كشفت عن أن القلق، والاكتئاب، وتشوه صورة الجسم، وتدني نوعية الحياة، وتقدير الذات المنخفض، وعدم تقبل الذات، والحساسية الاجتماعية، والانسحاب الاجتماعي من المنبئات الدالة للأمراض الجلدية (Bukhari & Kamal, 2003; Krejci-Manwaring, Kerchner, Feldman, Rapp & Rapp, 2006; Potocka, Turczyn- Jablonska & Swierczynska, 2008; Vladut & Kallay, 2010). (٤) كذلك وصف بعض الباحثين أمراض، مثل: الحكة، وفرط التعرق، والإكزيما، وداء الثعلبة، والصدفية بأنها "ليست مرض جلدي" dermatologic non-disease لاعتمادها المباشر على السبب النفسي في حدوثها، بالرغم من أن آليات التأثير لازالت غير واضحة (Engels, 1982).

أما عن داء الثعلبة Alopecia Areata فهو يصنف ضمن الأمراض الجلدية الشائعة في الآونة الأخيرة، وتشير أغلب الدراسات إلى أن مرضي داء الثعلبة أكثر

قلقًا، واكتئابًا، وتعرضًا لأحداث الحياة الشاقة مقارنة بالأصحاء. وأن حوالي ٩٣٪ من مرضى داء الثعلبة يعانون بالفعل من اضطرابات نفسية (Chaudhury, Raju, Dubey, John, Salujha & Srivastava, 2001; Sharma, Dubey, Muralidharan & Kumar, 1997). وأكدت ذلك "بيكاردي" و"أبيني" (Picardi & Abeni, 2001) حين وجدا أن هناك احتمالاً قويًا للتأثير السلبي للمشقة الانفعالية في الإصابة بالأمراض الجلدية، مثل: داء الثعلبة، مما ينبغي عليه التركيز في فحص مصادر المشقة سواء اليومية، أو الحادة. كما وجد أنه بسؤال عينة (ن=٨٠) من مرضى داء الثعلبة الإيرانيين ٧٦,٩٪ منهم يعتقدون أن المشقة النفسية هي الأساس في الإصابة بالمرض، بينما ١٧,١٪ أرجعوا الإصابة إلى الأسباب الوراثية الجينية، وأكثر من نصف المرضي أكدوا وجود آثار نفسية سلبية للمرض على نوعية حياتهم، واعتقد ٥٧,٥٪ أن العلاج النفسي فعال في التخلص من المرض نهائيًا (Firooz, Firoozabadi, Ghazisaidi & Dowlati, 2005).

وراجع "توكير" (Tucker, 2009) ١٩ دراسة أولية شارك فيها ١٢٧١ مريضًا بداء الثعلبة من مختلف الدول، ووجد أن الإصابة بداء الثعلبة تؤثر سلبًا على تقدير الذات، وصورة الجسم، والثقة بالنفس، والجاذبية الجنسية خصوصًا لدى الإناث، وأكد ضرورة تقديم دعم نفسي للعينة لخفض هذه الآثار السلبية، وتحقيق توافق مع المرض، الأمر الذي دفع المؤسسات القومية لداء الثعلبة إلى التوصية بضرورة وجود مجموعات مساندة لتساعد المرضى على مواجهة المرض (Kalabokes, 2011).

ومن ثم يتحدد الهدف الرئيس للدراسة الراهنة في الكشف عن تأثير الإصابة بداء الثعلبة في حدوث تغيرات نفسية: الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وكذلك إلى أي مدى تنتظم هذه المتغيرات في علاقتها باستمرار تفاقم المرض بمرور الوقت. وخاصة أن باستعراض التراث السابق وجدت الباحثة ندرة على المستوى العربي بوجه عام والمصري بوجه خاص بهذه النقطة البحثية، والاكتفاء بالنظر لداء الثعلبة على كونه مرضًا جسميًا يعالج من قبل أطباء الجلدية، ولا يحتاج إلى أي تدخل نفسي، وهذا ضد منظور الدراسات البحثية السابقة.

ومن كل ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في عدد من التساؤلات الآتية:

١- هل يتباين كل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتباين درجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة)؟

٢- هل يتباين كل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتباين عدد مرات الإصابة بداء الثعلبة؟

٣- ما هي طبيعة النسق الحاكم للعلاقة بين كل من الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ودرجة شدة الإصابة بداء الثعلبة؟

٤- هل توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث من مرضي داء الثعلبة في: الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة؟

متغيرات الدراسة:

١- **الاكتئاب:** "يمثل الاكتئاب ــ طبقاً للدليل التشخيصى الطبي الرابع (DSMIV) ــ "حالة وجدانية يشعر فيها الفرد بالحزن، وانخفاض المزاج، وانخفاض الطاقة، وقلة النشاط، وتضطرب القدرة على الاستمتاع بالأشياء والاهتمام بها والتركيز عليها، ويشيع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود، وينخفض تقدير الذات والثقة بالنفس، وكثيراً ما توجد بعض الأفكار حول الإحساس بالذنب، أو فقدان القيمة، هذا بالإضافة إلى عدم القدرة على الإنجاز وزيادة الحساسية الانفعالية والشعور بالوحدة النفسية؛ كما يتميز بوجود بعض الأعراض الجسمية، مثل: توهم المرض واضطراب الشهية والشعور بالإجهاد ونقصان الوزن والرغبة الجنسية" (Taylor, 2000).

٢- **نوعية الحياة المرتبطة بِالصحة:** تشير نوعية الحياة ــ طبقاً لتعريف جمعية علم النفس الأمريكية ــ إلى المدى الذي يصل إليه الفرد في تحقيق الرضا عن الحياة، وبلوغ الفرد نوعية الحياة الجيدة يلزمه تحقق أمور مهمة هي: جودة المعيشة، أو اللياقة الوجدانية والمادية والجسمية، والارتباط بعلاقات شخصية، ووجود فرص للارتقاء الشخصي، مثل: المهارات، وممارسة الحقوق، وعمل اختيارات أسلوب الحياة وتحديدها ذاتياً، والمشاركة في المجتمع، وتعتبر تقوية نوعية الحياة (ودعمها) ذات أهمية خاصة لأولئك الذين لديهم مرض مزمن، وذوي المشكلات الارتقائية، ومشكلات العجز الأخرى، وأولئك الذين يخضعون لعلاج طبي أو نفسي (VendenBos, 2007).

هذا التعريف يتفق مع تعريف هيئة الصحة العالمية، كما يتفق مع تعريفات أخرى (Grant & Rivera, 1998, p.5; Graves, 2003.; Kandil, 1998, Haberman & Bush, 1998, p.118; Vukadinovic, 2000) ألقت الضوء بشكل واضح على المتغيرات التي تشكل نوعية الحياة، وهذه المتغيرات تتمثل في **اللياقة الجسمية**، وهي تنعكس من خلال أسئلة عن القوة والطاقة، والقدرة على أداء نشاطات الحياة اليومية، **واللياقة النفسية**، وهي تتضمن مدى البعد، أو القرب من الخبرة بأعراض القلق والخوف من المرض، واحتمالات الوفاة الناجمة عنه، **واللياقة الاجتماعية**، وهي تشير إلى علاقات المريض بالأسرة والأصدقاء وزملاء العمل، **والخبرة الذاتية بالأعراض المرتبطة بالمرض الجسمي وتلك المرتبطة بالعلاج**، وهي تشمل أعراض المرض من: قيء، وغثيان، وألم، والأعراض الجانبية للعلاج، **واللياقة الروحانية**، وهي تعكس معنى الحياة والتوقعات الخاصة بالمرض)(من خلال: هناء شويخ، ٢٠٠٧؛ King, 1998, pp.25-26).

وعلى ضوء هذه التعريفات يمكن تَمثُّل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة وقياسها في البحث الراهن بكونها "**مجمل الشعور الذاتي للفرد بمدى تحقق الرضا لديه فيما يتعلق بمختلف متغيرات الحياة الشخصية المرتبطة بالصحة، والتي تتمثل في إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، ومشكلات الصحة النفسية، والأنشطة الاجتماعية، والألم، والحيوية والحالة المعنوية العامة، والأداء الاجتماعي**".

وجدير بالذكر أن التعريف الإجرائي لكل من المتغيرين السابقين يحدده الدرجة التي يحصل عليها الفرد على المقاييس التي سيتم اختيارها أو إعدادها.

٣- داء الثعلبة:

هو مرض يصيب بُصيلات الشعر، ولا يؤدي إلى موتها، ويتميز بالظهور المفاجئ لواحدة، أو أكثر لبقعة، أو لمساحة تخلو تمامًا من الشعر، وتكون على شكل دائري، أو بيضاوي، في فروة الرأس، أو اللحية، أو الرموش، أو الحواجب، أو الجسم، ولكن تبقى فروة الرأس ومنطقة الذقن أكثر المناطق إصابة (Wells, Willmoth & Russell, 1995). ويحدث هذا الداء بمعدل ٢٠,٢ حالة لكل ١٠٠,٠٠٠ فرد سنويًا، أي بنسبة إصابة ١,٧٪ (Safavi, Mutter,

.Suman, Moshell & Melton, 1995) كما أنه يمثل حوالي ٢٪ من مرضى العيادات الخارجية للأمراض الجلدية في الولايات المتحدة، وتتساوي نسبة الإصابة بين الذكور والإناث، وتبلغ ذروة الإصابة به خلال العقد الثالث والرابع من العمر.

وينقسم داء الثعلبة حسب شدة الإصابة إلى: (أ) الثعلبة المحددة Alopecia Specifies: وهي ظهور بقعة واحدة وأكثر خالية من الشعر في منطقة محددة، **(ب) الثعلبة الكاملة Alopecia Totalis:** وهي فقدان الشعر في فروة الرأس كلها، **(ج) الثعلبة الشاملة Alopecia Universalis:** وهي غياب الشعر عن فروة الرأس والجسم كليهما (Amold, 2000; Anonymous, 2010).

تشخيص الثعلبة:

إن الاختبارات والفحوصات الروتينية ليست مفيدة في تأكيد الإصابة بداء الثعلبة، حيث يستند التشخيص غالباً على ظهورها المفاجئ (خلال أيام أو أسابيع)، وأغلب الحالات يتم تشخيصها بالفحص السريري، وقد يطلب الطبيب المعالج بعض التحاليل المخبرية لاستبعاد الأسباب الطبية، وعند ظهور التحاليل ضمن حدودها الطبيعية، فإن دلالة العوامل النفسية يزداد دورها في ظهور داء الثعلبة، ومن أهم الفحوصات نجد: (١) فحص الدم: للتأكد من عدم وجود أمراض أخرى، وبخاصة المناعية منها. (٢) الفحص المجهري: لاستبعاد الإصابة بسعفة الرأس (Chan, 2003;Delamera, Sladden, Dobbins & Leonardi-Bee, 2008; Green & Sinclair, 2000; Madani & Shapiro, 2000; Qiao & Fang, 2013; Trueb, 2010; Randall, 2001; Van-Moffaert, 1992).

النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في تفسير الاضطرابات النفسية الجسمية:

تعود بداية الاهتمام بهذه الاضطرابات النفسية الجسمية إلى أكثر من أربعة عقود تاريخية سابقة، ويرجع اصطلاح النفس جسدية إلى اللغة اليونانية، وهو مكون من مقطعين هما: Psycho وتعنى النفس أما Somatic فيقصد به الجسم، وبالتالي تشير كلمة "سيكوسوماتية" إلى وجود أسباب نفسية وراء الاضطرابات الجسمية (أحمد عكاشة، ١٩٩٨؛ هناء فهيم، ٢٠٠٣، ص ٢٩). وينظر لداء الثعلبة بأنه مثال: لمرض نفسي جسمي، خاصة مع تأكيد الباحثين لوجود اضطراب نفسي لدى ٦٦٪ من هؤلاء المرضي (Ruiz-Doblado, Carrizosa & Garcia-Hernandez, 2003).

وهناك عديد من التعريفات المطروحة لمفهوم الاضطرابات النفسية الجسمية، والتي في مجملها تدور حول كونه "مجموعة من الاضطرابات التي تسببها ضغوط نفسية، وتظهر آثارها الجسمية في صورة تلف أو خلل في وظيفة العضو الجسدي، ولا تفيد معها العلاجات الطبية ما لم يؤخذ العامل النفسي في الاعتبار" (العيسوى، ١٩٩٦، ص١٨٩؛ آمال عبد الحليم، ١٩٩٩؛ هدى زينة، ٢٠٠٠، ص٢٥؛ ميهوب، ٢٠٠٧، ص١٩٦؛ (Uchino, Caciopp & Kiecolt-Glaser, 1999.

ويمثل النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي BioPsychoSocial Model ركيزة تستند إليها الدراسة الراهنة في تفسير داء الثعلبة، وهو نموذج يفترض أن العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية تمثل معًا محددات مهمة للصحة والمرض؛ حيث تتفاعل تلك العوامل معاً لتنتج حالة من الصحة، أو المرض، وهذا التصور ينطوي على أن الصحة والمرض يسببهما عوامل عديدة، كما أنهما يولدان بدورهما آثاراً عديدة (Through: Taylor, 2000). وللإجابة عن تساؤل كيف تتفاعل العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية معاً تبنى الباحثون منحى نظرية المنظومات Systems theory approach، ويرجع مفهوم "المنظومة" System إلى "لودفيج فون برتلانفي" (١٩٦٨) Ludwig Von Bertalanfy، واستخدمه "جورج إنجل (١٩٨٠) George Engle لفهم الصحة والمرض من منظور النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي (Sarafino, 1995)، ويشير مفهوم المنظومة إلى كيان دينامي يتألف من مكونات تقوم فيما بينها على علاقات متبادلة Interrelated relationship على نحو مستمر، وتزعم نظرية المنظومات أن الترابط بين كل مكونات التنظيم في أي كيان هو ترابط هرمي Hierarchal، وأن التغير في أي واحد من هذه المكونات سوف يليه تغير في كل المكونات الأخرى، من ثم فإن الصحة والمرض والرعاية الصحية كلها عمليات ذات علاقات متبادلة فيما بينها، وهي تنطوي على تغيرات متفاعلة داخل الفرد على مختلف المكونات (Taylor, 2000).

ويرى أصحاب هذا النموذج أن معظم الأمراض النفسية الجسمية ترجع إلى أكثر من عامل، مثل: الاستعداد الجسمي، والوراثة، ونوعية الغذاء، والنشاط اليومي، وممارسة الرياضة، وكلها تحد

من الضغط النفسي والانفعالي، بالإضافة إلى أن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفسي والحيوي) علاقة متغيرة يحدث فيها تفاعل باستمرار، ويصعب معه فصل عامل عن بقية العوامل، ويؤكد نموذج العوامل المتعددة أن الاستعدادات الفسيولوجية للمرض تنشط بفعل الضغوط الحياتية المؤلمة، مثل: فقد الوظيفة، أو وفاة شخص عزيز، أو الانفصال، وإن كان درجة حساسية كل فرد تختلف عن الآخر في شدة التأثر بهذه الضغوط (Cacioppo, Berntson, Binkley, Quigley, Uchino, & Fieldstone, 2002; Lovallo, 2000, p.345).

وقد تباينت الدراسات السابقة حول دور المتغيرات النفسية المؤثرة في نشأة داء الثعلبة، وتطوره وتفاقمه، بحيث ركزت فئة من الدراسات على وجود تأثير للعوامل النفسية في الإصابة بداء الثعلبة، في حين أشارت فئة أخرى إلى أن التغييرات النفسية تكون مترتبة على الإصابة، وتزيد من تفاقم المرض. ومن ثم يتم تصنيف البحوث والدراسات إلى فئتين رئيستين على النحو التالي:

أولاً- الدراسات التي أشارت إلى إسهام العوامل النفسية في الإصابة بداء الثعلبة:

لخصت نتائج أغلب الدراسات في هذا المحور أن للعوامل النفسية دورًا أساسيًا في الإصابة بداء الثعلبة من حيث كونه مرضًا نفسيًا جسميًا، وذلك بهدف التأكد من ضرورة إدراج العوامل النفسية ضمن خطة العلاج الطبي لداء الثعلبة. ومن هذه الدراسات نجد أن بعض الباحثين كشفوا عن أن الاضطرابات النفسية تشيع بين مرضى داء الثعلبة بنسب تتراوح بين ٦٦٪ و٩٣٪ (Ruiz-Doblado et al., 2003; Sharma et al., 1997). وتوصل "ويللز" وآخرون (Wells et al., 1995) إلى أن داء الثعلبة يُصاب به من الذكور ممن يعانون الشعور بالمشقة النفسية، وانخفاض تقدير الذات، والانطواء، والعُصابية، في حين يترتب علي الإصابة الفعلية لديه انخفاض دال في الجاذبية الجنسية، وتوكيد الذات، والإعجاب الذاتي (Cash, 1990). أما عند الإناث فقد وجد أن الإصابة بداء الثعلبة يلازمها اضطرابات الشخصية البينية، أو الاكتئابية (Gruber & Bjedov, 2008). وتتبعت إحدى الدراسات التنبؤية عينة من الذكور (ن=١٧٣) تتراوح أعمارهم بين ١٨-٣٥،

ممن لم يمروا بخبرة دالة عن فقدان الشعر، فأشارت نتائج تحليل الانحدار إلى أن قلق المستقبل، والتحكم الذاتي، والرضا عن صورة الجسم من المنبئات الدالة لداء الثعلبة، والتي ساهمت بنسبة ٤٥,٣٪ من التباين الكلي (Luxon, Fletcher & Leeson, 2009). وقد أرجع بعض الباحثين الإصابة بداء الثعلبة إلى انخفاض المساندة الأسرية سواء قبل العلاج الطبي، أو بعده (Elkin, Hilker & Draban, 2006)، وخلل في صورة الجسم (Sharma et al., 1997). ووجدت دراسة "بيكاردي" وآخرين (Picardi et al., 2003) – من خلال المقارنة بين مجموعتين أحدهما مصابة بداء الثعلبة (ن=٢١) ومجموعة مصابة بأمراض جلدية أخري (ن=١٠٢) – أنه توجد فروق دالة بينهما في أحداث الحياة الشاقة، والمساندة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية المضطربة في اتجاه مجموعة مرضى داء الثعلبة. كما دعمت دراسة "يايلي" وآخرون (Yayli, Tiryaki, Dogan, Iskender & Bahadr, 2012) العلاقة بين المشقة النفسية والإصابة بداء الثعلبة، حيث هدفت إلى إظهار دور المتغيرات النفسية المتمثلة في: أحداث الحياة الشاقة، ومستويات الاكتئاب، والقلق، ونوعية الحياة في الإصابة بداء الثعلبة، وذلك من خلال المقارنة بين مجموعتين؛ إحداهما مرضى داء الثعلبة (ن=٦١)، والثانية عينة من الأصحاء (ن=٤٥)، فجاءت النتائج لتؤكد ارتفاع درجات مرضى داء الثعلبة على الأحداث الشاقة، والاكتئاب، والقلق، وانخفاض درجاتهم في نوعية الحياة خاصة الوظيفية، والنفسية، والجسمية مقارنة بالأصحاء. ومن ثم استخلصت الدراسة أن دور المتغيرات النفسية لا يتوقف على بداية الإصابة بداء الثعلبة، بل يؤثر كذلك في تفاقم شدة المرض. وأضافت دراسة "ماتزير" وآخرون (Matzer, Egger & Koera, 2011) أن مرضى داء الثعلبة أكثر تعرضًا للمشقة قبل الإصابة، ولا يعانون خللاً في استخدام إستراتيجيات المواجهة بوجه عام، ولكنهم لا يستفيدوا منها في التعامل مع داء الثعلبة على وجه الخصوص. وكشف "مونسيلسي" وآخرون (Monselise et al., 2013) عن أن المشقة النفسية ترتبط بتطور داء الثعلبة، وذلك حينما قارنوا بين ثلاث مجموعات: مرضى داء الثعلبة (ن=٤٢)، ومرضى الثعلبة الذكرية (ن=٥٢)، ومجموعة الأصحاء (ن=٧٧)، وأكدت النتائج وجود فروق دالة إحصائيًا في الذكاء الوجداني

بين مجموعتي المرضى والأصحاء، وذلك من خلال إظهار مجموعة المرضى ضعف القدرة على التحكم في مشقة الحياة اليومية كأحد أبعاد الذكاء الوجداني مقارنة بالأصحاء، في حين اختفت الفروق بين مرضى داء الثعلبة ومرضى الثعلبة الذكرية في الذكاء الوجداني. واتفقت دراسة "أتاسيفين" وآخرون (Ataseven, Saral & Godekmerdan, 2011) مع نتائج الدراسة السابقة، حين وجدت أن مرضى داء الثعلبة أكثر قلقًا واكتئابًا مقارنة بالأصحاء، في حين لم تجد فروق بينهما في مستويات مصل السيتوكين Serum Levels of Cytokine. بينما وجد فروق بين مرضى داء الثعلبة والأصحاء في نمط السلوك A، مما يوحي بدور هذا السلوك في نشأة هذا المرض (Wygledowska-Kania, Bogdanowski & Pizeglad, 1995). وجاءت نتائج دراسة "جيليك" وآخرين (Gulec, Tannverdi, Duru, Saray & Akcli, 2004) متناقضة مع الدراسات السابقة، حيث جاءت فروق درجات مجموعة مرضى داء الثعلبة (ن=٥٢) ومجموعة الأصحاء (٦٠) غير دالة على مقياس "بك" للاكتئاب، وقائمة "بك" للقلق، في حين وجدت أن أحداث الحياة الشاقة تؤدي دورًا في ظهور داء الثعلبة، وأضافت تدني نوعية حياة المرضي بعد الإصابة مقارنة بالأصحاء. وهذا يوحي بوجود تأثير لبعض المتغيرات النفسية في بداية الإصابة بداء الثعلبة، في حين لا يوجد تأثير لمتغيرات أخرى.

ثانيًا- الدراسات التي ركزت على التغيرات النفسية المترتبة على الإصابة بداء الثعلبة:

ركزت الدراسات في هذا المحور على التغيرات النفسية المترتبة على الإصابة بداء الثعلبة، من حيث كونها مترتبات على الإصابة الفعلية؛ مما يزيد من تفاقم المرض. ومن مجمل الدراسات السابقة وجد انخفاض نوعية حياتهن بشكل ملحوظ بعد الإصابة بداء الثعلبة (Fabbrocini et al., 2012). كما كشفت دراسة "فينيمان" (Venneman, 1996) من خلال المقارنة بين ثلاث مجموعات ــ الأولى مجموعة (ن=٢١) مرضى داء الثعلبة، والثانية مجموعة (ن=٢٥) تعاني الصلع، والثالثة مجموعة (ن=٢٢) من الأصحاء ــ أن الإناث اللاتي تعانين من الصلع أكثر قلقًا واكتئابًا من مجموعة مرضى داء الثعلبة سواء من الإناث أو الذكور، في حين جاء الذكور من مرضى داء الثعلبة أكثر قلقًا واكتئابًا مقارنة

بمجموعة الأصحاء، واستخلصت الدراسة أن المشقة النفسية لا تُعد سببًا للإصابة بداء الثعلبة، بل إحدى نواتج الإصابة بالمرض. وهذا يتفق مع ما ذكرته المؤسسة القومية لداء الثعلبة في أن الإصابة بداء الثعلبة تؤدي إلى تشويه صورة الجسم كناتج عن فقدان جزء من شعر الجسم أو كله بشكل سنوي، وبالتالي يصبح المرضي أقل تقديراً في الذات، وأكثر شعوراً بالاكتئاب، وقد يصل الأمر إلى التفكير في الانتحار (Pennington, 1993)، وأشارت دراسة "كيسير" (Kyser, 1993) إلى أن إدراك مرضى (ن=٨٥) داء الثعلبة لمرضهم يتوقف على اختيارهم لخطط المواجهة، فالمرضى الأكثر استخدامًا للخطط المرتكزة على المشكلة أكثر توافقًا نفسيًا مقارنة بالمرضى الأكثر استخدامًا للخطط المرتكزة على الانفعالات. وأكدت دراسة "ويلش" و"جوي" (Welsh & Guy, 2009) أنه بمقابلة عينة (٧ إناث و٥ ذكور) من مرضي داء الثعلبة، وجد أن الذكور أكثر تقبلاً للمرض وتوافقًا معه مقارنة بالإناث، وأضافت أن المرضى الأكثر مواجهة للمرض هم أكثر تفاؤلاً للتعايش معه. وكشف "دونك" وآخرين (Donk, Hunfeld, Passchier, Knegt-Junk & Nieboer, 1994) – من خلال مقابلة (٥٨) سيدة مصابة بداء الثعلبة خاضعة للعلاج الطبي – عن أن ٨٨٪ منهن أكَّدْنَ وجود تأثير سلبي للمرض على نوعية حياتهن اليومية، و٧٥٪ أظهرن تقدير ذات سلبي، و٥٠٪ وصفن خبرتهن بالعجز عن التوافق النفسي الاجتماعي مع فقدان الشعر. وأكد "جيلهار" وآخرين (Gilhar, Etzioni & Paus, 2012) إن الإصابة بداء الثعلبة تسبب تدهور في نوعية حياة المرضي، وتدني تقدير ذاتهم. وهدفت دراسة "يايلي" وآخرون(Yayli et al., 2012) إلى تقييم الاكتئاب ونوعية الحياة لدى عينة (ن=١٠٠) من مرضى داء الثعلبة الإيرانيين، وكشفت عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في نوعية الحياة، ولكنها وجدت أن الإناث أكثر اكتئابًا من الذكور، كما كشفت عن أن المرضى ذوي المساحات والعدد الأكبر من داء الثعلبة أكثر اكتئابًا وانخفاضًا في نوعية حياتهم (Ghaiazadeh, Ghiasi & Kheirkhah, 2012). كما وجد "جبتا" و"جبتا" (Gupta & Gupta, 1998) شيوع الاكتئاب بين مرضى داء الثعلبة بشكل ملحوظ، وهو الأساس في التفكير في الانتحار للتخلص من تشويه الشكل

الخارجي لهم. واتفقت دراسة "ليغ" وآخرون (Layegh, Arshadi, Shahriari, Pezeshkpour & Nahidi, 2010) مع نتائج الدراسة السابقة، حيث وجدت انتشار الاكتئاب بنسبة ٥٠٪ بين مرضى داء الثعلبة، وأضافت أن محاولات الانتحار كانت أعلى بين المرضى الذين يعانون الثعلبة الشاملة.

ونستخلص من الدراسات السابقة عددًا من الملاحظات:

١- تباينت الدراسات السابقة فيما بينها حول إسهام العوامل النفسية في داء الثعلبة، فالبعض أشار إلى دورها كإحدى عوامل الإصابة بداء الثعلبة، مثل: دراسة "ويللز" وآخرين(Wells et al., 1995)، ودراسة "إيلكين" وآخرين (Elkin et al., 2006)، ودراسة "شارما" وآخرون (Sharma et al., 1997)، والبعض الآخر أكد على كونها مترتبات متولدة عن الإصابة بداء الثعلبة من شأنها أن تزيد شدة المرض، وتسبب اختلالات ملحوظة في حياة المرضى، ومن هذه الدراسات نجد دراسة "فينيمان" (Venneman, 1996)، ودراسة "دونك" وآخرين (Donk et al.,1994)، ودراسة "بيكاردي" وآخرين (Picardi et al., 2003).

٢- يتضح من عرض الدراسات السابقة أن العوامل النفسية يجب أخذها في الاعتبار لدى مرضى داء الثعلبة، سواء لتفسير المرض، أو لوضع خطة علاجية متضمنة هذه العوامل بجانب العوامل الطبية، وهذا ما أكدته دراسة "دافيد" وآخرين (David, Hilker & Drabman, 2006) أن انخفاض القلق والمخاوف الاجتماعية لدى مرضى داء الثعلبة باستخدام أساليب العلاج السلوكي ينعكس إيجابيًا على تحسين أعراض المرض، وينمو الشعر بنسبة تتراوح بين ٧٥٪ و١٠٠٪ بعد ٨ جلسات نتيجة خفض خبرة القلق والاكتئاب (Wickramasekera,2008; Willemsen, Vanderlinden, Deconinck & Roseeuw, 2006).

٣- يلاحظ من الدراسات السابقة المطروحة عدم الاهتمام على المستوى العربي بوجه عام والمصري بوجه خاص بهذه النقطة البحثية، ومن ثم النظر إلي داء الثعلبة على كونه مرضًا جسميًا يعالج من قبل أطباء الجلدية، ولا يحتاج إلى أي تدخل نفسي، وهو ما جاء ضد منظور الدراسات البحثية السابقة.

ويمكن صياغة الفروض التي تسعى الدراسة الراهنة للتحقق من صحتها كما يلي:

١- يتباين كل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتباين درجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة).

٢- يتباين كل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتباين عدد مرات الإصابة بداء الثعلبة.

٣- يفترض أن هناك ثلاثة نماذج تحكم طبيعة العلاقة بين كل من الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ودرجة شدة الإصابة بداء الثعلبة:

- **النموذج الأول**- يتعامل مع الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة كمتغيرات مستقلة في تأثيرها بشكل مباشر على درجة شدة الإصابة بداء الثعلبة، ويؤيد هذا التصور النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي، الذي يؤكد دور المتغيرات النفسية والاجتماعية في زيادة احتمالات الإصابة بالمرض، أو الشفاء منه (Taylor, 2000, pp.12-13).

- **النموذج الثاني**- يفترض أن شدة الإصابة بداء الثعلبة كمتغير مستقل تسبب الشعور بالاكتئاب، وتدني نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ويُدَعَم هذا التصور من قِبَل الدراسات السابقة التي وجدت شيوع الاكتئاب وتدني نوعية الحياة بين مرضى داء الثعلبة بشكل ملحوظ (Gupta & Gupta, 1998; Fabbrocini et al., 2012).

- **النموذج الثالث**- يفترض أن الاكتئاب متغير وسيط بين شدة الإصابة بداء الثعلبة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، بمعنى أن شدة داء الثعلبة تؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب، والتي بدورها تسبب تدني نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدي المرضى، ويتفق هذا التصور مع إحدى الدراسات السابقة التي وجدت أن مرضى داء الثعلبة الأكثر اكتئابًا يعانون تدني نوعية الحياة بشكل ملحوظ (Ghaiazadeh et al., 2012).

٤- توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث من مرضي داء الثعلبة في: الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

المنهج والإجراءات:

تعتمد الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الفارقي، وذلك للكشف عن التباين في كل من الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة في ظل الإصابة بداء الثعلبة. وكذلك إلى أي مدى تنتظم هذه المتغيرات في علاقتها باستمرار تفاقم المرض بمرور الوقت.

(١) **العينة:**

تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) من ذوي تاريخ الإصابة بداء الثعلبة (٧٦ ذكرًا، و٢٤ أنثى)، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين ٢٢ – ٥٦ سنة، بمتوسط ٤٠,٤٣ سنة، وانحراف معياري ± ٦,١٥، وجاء متوسط عمر مجموعة الذكور ٣٩,٤٥ ± ٤,٤٨، ومتوسط عمر مجموعة الإناث ٤١,٦٣ ± ٦,٢٨، وجاءت العينة من المقيمين في محافظة القاهرة الكبرى، ويتراوح المستوى التعليمي فيما بين متوسط، وفوق متوسط، وجامعي. والجدول التالي (١) يوضح توزيع أفراد العينة*.

جدول (١)

الخصائص الديموجرافية للعينة الكلية (ن=١٠٠)

المستوى التعليمي			شدة الثعلبة			عدد مرات الإصابة		
متوسط	فوق متوسط	جامعي	المحددة	الكاملة	الشاملة	١–٢	٣–٤	≤٥
٢٨	٣٣	٣٩	٥٢	٢٦	٢٢	٤٥	٣٢	٢٣

(٢) **أدوات الدراسة:**

اشتملت أدوات الدراسة على المكونات الآتية:

١– **استمارة البيانات الأولية:** وهي تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية الخاصة بالمريض كالسن، والنوع، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والحالة المهنية، وموطن الإقامة.

٢– **قائمة "بك" Beck للاكتئاب** ** **Beck Depression Inventory:** تشتمل البطارية على ١٧ بنداً، في صورة عبارات تقرير ذاتي، تعكس كل منها عرضاً محدداً من الأعراض الاكتئابية، وهي: الحزن،والتشاؤم، والشعور بالفشل، وفقدان الاستمتاع بالأشياء، ومشاعر الذنب، وعدم حب الذات، ونقد الذات، والتهيج والاستثارة، وفقدان الاهتمام، والتردد، وتغير في صورة الجسم، وفقدان الطاقة، وتغيرات في نمط النوم، والشعور بالتعب، والبكاء، وفقدان الشهية، وتغير

* تتقدم الباحثة بالشكر للدكتورة/ مها ماهر استشاري الأمراض الجلدية والتجميل ـ جامعة القاهرة لتعاونها في مساعدة الباحثة في تطبيق الاختبارات على مرضى داء الثعلبة داخل المركز الطبي الخاص بها.

** تم الاعتماد على بنود الصورة المترجمة والمعدة عن الأصل، والتي قام بترجمتها وإعدادها سهير فهيم الغباشي وصفية مجدي في إطار لجنة القياس النفسي بمركز البحوث والدراسات النفسية التابع لقسم علم النفس بجامعة القاهرة.

الوزن. يتطلب الأداء على المقياس اختيار الفرد واحداً من بدائل أربعة متدرجة الشدة (من ١-٤ مستويات) للتعبير عن مدى انطباق العبارة عليه. وهو من البطاريات ذات الكفاءة السيكومترية العالية. ويتم تقدير درجة الفرد على الاختبار عن طريق جمع درجاته على البنود من خلال مقياس الشدة التدريجي (الموضح في الاستخبارات السابقة) مع ملاحظة أن عبارات البنود مصاغة بالصورة الموجبة التي تعبر عن الاكتئاب، وبالتالي تمنح الاستجابة "تنطبق بدرجة كبيرة" ٤ درجات، والاستجابة "تنطبق بدرجة متوسطة" ٣ درجات، والاستجابة "تنطبق بدرجة منخفضة" درجتان، والاستجابة "لا تنطبق" درجة واحدة. وتبلغ النهاية العظمى للدرجة ٦٨ درجة (١٧ بند x ٤ درجات)، وطبقاً لنظام توزيع الدرجة على مقياس التدريج، تصبح الدرجة المرتفعة على الاستخبار مؤشراً على ازدياد خبرة الفرد بالاكتئاب.

٣- استخبار نوعية الحياة المرتبطة بالصحة: تم الاعتماد على الصورة المختصرة ٣٦ لاستخبار نوعية الحياة المرتبطة بالصحة Short form 36 Questionnaire for Health Related Quality of Life، وهو يعتبر الأداة الأكثر شيوعاً في الاستخدام مع مرضى الأمراض الجسمية ذات الكفاءة السيكومترية (Bernstein, 2003)، حيث تمت ترجمة الصورة الأصلية له بالدراسة الراهنة، كما تم إعداد بنوده على النحو الذي يلائم الثقافة العربية، ويناسب المرضى المصريين. يتكون الاستخبار من ٣٦ بنداً مصنفة في ثمانية مجالات فرعية تصف إجمالاً نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، هذه المجالات هي:

١- **مجال الصحة العامة:** يعكس الإدراك الذاتي لتقدير الحالة الصحية خلال السنة الماضية للفرد.

٢- **مجال حدود النشاط اليومي:** يوضح مدى تأثير الحالة الصحية في القيام بالأنشطة اليومية المعتادة، مثل: طلوع السلم، والسجود، وتحريك الكرسي، والانحناء.....

٣- **مجال مشكلات الصحة الجسمية:** يكشف عن مدى تعرض الفرد لمشكلات صحية جسمية خلال الشهر الماضي.

٤- **مجال مشكلات الصحة النفسية:**، مثل: المجال السابق، ولكنه يركز على مدى إصابة الفرد بمشكلات نفسية خلال الشهر الماضي.

٥- **مجال الألم:** يمثل درجة المعاناة من الألم خلال الشهر الماضي، ومدي تأثير ذلك في أداء الفرد.

٦- **مجال الحيوية والحالة المعنوية العامة:** يعكس شعور الفرد بالحيوية والنشاط، والارتياح خلال الشهر الماضي.

٧- **مجال الأنشطة الاجتماعية:** يكشف عن مدى تأثير حالة الصحة النفسية والجسمية في العلاقات الاجتماعية المعتادة في الأسرة، والأصدقاء، والشبكة العلاقات الاجتماعية.

٨- **مجال إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها:** يمثل مدى تقدير الفرد لحالته الصحية في الوقت الراهن والمستقبل.

وتعد مجالات الصحة العامة، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، والألم، وإدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها بمثابة مقياس للصحة الجسمية، أما مجالات مشكلات الصحة النفسية، والحيوية والحالة المعنوية العامة، والأنشطة الاجتماعية فهي مؤشرات على الصحة النفسية (Sobhonslidsuk, Silpakit, Kongskan & Satitpornkul, 2006). وتتم الإجابة على الاختبار وفقاً لمقياس شدة تدريجي، يتراوح بين فئتين للاستجابة إلى ست فئات بحسب كل مقياس فرعي، وتتراوح الدرجة الكلية على الاختبار بين ١ – ٤٨ درجة، وهي تمثل حاصل جمع الدرجات على المقاييس الفرعية، بحيث تعكس الدرجة الأعلى إدراكاً وشعوراً أفضل بنوعية الحياة.

وقد **تم تقدير الكفاءة السيكومترية للأدوات** باستخدام مجموعة مكونة من ثلاثين مريضاً بداء الثعلبة، تراوحت أعمارهم بين ٢٢ – ٤١ سنة، بمتوسط عمري مقداره ٣٩,٢٨ وانحراف معياري ٧,٨٥ سنة. حيث تم تقدير **صدق الأدوات** من خلال الصدق التقاربي والتمييزي، فجاء معامل الارتباط دال وسلبي بين درجة الاكتئاب والدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة (ر= -٠,٧٥)، وهي دالة عند مستوى ٠,٠٠١، وهذه النتيجة تتسق مع مؤشرات نتائج الدراسات السابقة، التي تؤكد انخفاض نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (Kalantar-Zadeh, Kopple, Block & Humphreys, 2001; McCann & Boore, 2000). كما تم حساب صدق المضمون في دراسات متعددة منها على سبيل المثال دراسة (هناء شويخ، ٢٠٠٧)، ودراسة (سهير الغباشي؛ هناء شويخ، ٢٠٠٩). أما عن **الثبات** فاستخدمت الدراسة الراهنة الطريقتين الآتيتين للاستدلال على مدى ثبات أدواتها: (١) حساب معامل ألفا كرونباخ، و(٢) القسمة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان

– براون، ويوضح جدول (٢) ارتفاع يشير إلى تمتع مقياسي الدراسة بمؤشرات
معاملات الثبات الناتجة عن هذا الإجراء، ثبات جيدة.
والتي تتراوح بين ٠,٨٦ و٠,٩٤، مما

جدول (٢)

المعاملات الدالة على ثبات مقياسي الدراسة

م	المقاييس	معامل ألفا	معامل ثبات القسمة النصفية
١	قائمة "بك" للاكتئاب	٠,٩٣	٠,٨٦
٢	استخبار نوعية الحياة المرتبطة بالصحة	٠,٩٦	٠,٨٩

النتائج:

النتائج الخاصة بالفرض الأول: المرتبطة بالصحة بتباين درجة شدة داء
"يتباين كل من الاكتئاب ونوعية الحياة الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة)":

جدول (٣)

نتائج تحليل التباين آحادي الاتجاه للكشف عن تباين الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتباين درجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة)

متغيرات الدراسة		مجموع المربعات	درجات حرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
(١)	الاكتئاب	٣٣٨٧,٠٨	٢	١٦٩٣,٥٤	٢٢,٠٥	٠,٠٠١
(٢) متغيرات نوعية الحياة	الصحة العامة	١٧٠,٠٤	٢	٨٥,٧٩	٥٧,٧٩	٠,٠٠١
	حدود النشاط اليومي	١٤٤١,٠٨	٢	٧٢٠,٥٤	٣٣,٤٢	٠,٠٠١
	مشكلات الصحة الجسمية	٢٠,٥٨	٢	١٠,٢٩	٨,٠٤	٠,٠٠١
	مشكلات الصحة النفسية	١٦,٧١	٢	٨,٣٥	٦,٤٣	٠,٠٠٢
	الأداء الاجتماعي	٢٠,٧٩	٢	١٠,٣٩	١٠,٠٦	٠,٠٠١
	الألم	٤٤١,٨٣	٢	٢٢٠,٩٢	٧٢,٨٥	٠,٠٠١
	الحيوية والحالة المعنوية العامة	١٧٨,١٣	٢	٨٩,٠٦	١١,١٢	٠,٠٠١
	إدراكات الصحة في حاضرها مستقبلها	٥٠,٠٤	٢	٢٥,٠٢	٣,٢٢	٠,٠٤
	الدرجة الكلية لنوعية الحياة	٤٤٨,٧١	٢	٢٢٤,٣٥	٤,٧٨	٠,٠١

تشير نتائج الجدول (٣) إلى ظهور تباينات عالية الدلالة تصل إلى مستوى ٠,٠٠١ بين المجموعات الفرعية الثلاث لدرجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة) على الاكتئاب وكافة أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بلا استثناء، كما يتجدد ظهور هذا التباين الدال بين المجموعات بوضوح في نطاق الدرجة الكلية لكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة.

جدول (٤)

متوسط الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الثلاث لدرجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة) على متغيرات الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة

المتغير		مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٣/٢)
(أ)	الاكتئاب	(١) المحددة	٢٦	١٠,٢٥- (٠,٠٠١)	١٣,٠٨- (٠,٠٠١)	٢,٨٣- (٠,٢١)
		(٢) الكاملة	٥٠			
		(٣) الشاملة	٢٦			
(ب) أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة	الصحة العامة	(١) المحددة	٢٦	٢,٠٤- (٠,٠٠١)	٣,٠٤- (٠,٠٠١)	١ (٠,٠٢)
		(٢) الكاملة	٥٠			
		(٣) الشاملة	٢٦			
	حدود النشاط اليومي	(١) المحددة	٢٦	٥,٧٥- (٠,٠٠١)	٨,٩١- (٠,٠٠١)	٣,١٧- (٠,٠١)
		(٢) الكاملة	٥٠			
		(٣) الشاملة	٢٦			
	مشكلات الصحة الجسمية	(١) المحددة	٢٦	٠,٨٣- (٠,٠٣)	١- (٠,٠٠١)	٠,١٧- (٠,٥٧)
		(٢) الكاملة	٥٠			
		(٣) الشاملة	٢٦			
	مشكلات الصحة النفسية	(١) المحددة	٢٦	٠,٦٣- (٠,٠٣)	٠,٩٦- (٠,٠٠١)	٠,٣٣- (٠,٢٦)
		(٢) الكاملة	٥٠			
		(٣) الشاملة	٢٦			
	الأداء الاجتماعي	(١) المحددة	٢٦	٠,٧١- (٠,٠٠٥)	٠,٤٦- (٠,٠٧)	١,١٧- (٠,٠٠١)
		(٢) الكاملة	٥٠			
		(٣) الشاملة	٢٦			

المتغير	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٣/٢)
الألم	(١) المحددة	٢٦	٣,٢٥- (٠,٠٠١)	٤,٩٢- (٠,٠٠١)	٢,٦٧- (٠,٠٠١)
	(٢) الكاملة	٥٠			
	(٣) الشاملة	٢٦			
الحيوية والحالة المعنوية العامة	(١) المحددة	٢٦	٣,١٣- (٠,٠٠١)	٠,٦٣- (٠,٣٦)	٢,٥٠- (٠,٠٠١)
	(٢) الكاملة	٥٠			
	(٣) الشاملة	٢٦			
إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها	(١) المحددة	٢٦	٠,٧٠- (٠,٢٩)	١,٧١- (٠,٠١)	١- (٠,١٧)
	(٢) الكاملة	٥٠			
	(٣) الشاملة	٢٦			
الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة	(١) المحددة	٢٦	٥,٠٤- (٠,٠٠٣)	٣,٦٧- (٠,٠٤)	١,٣٧- (٠,٤١)
	(٢) الكاملة	٥٠			
	(٣) الشاملة	٢٦			

ويبدو من الجدول (٤) أن مصدر التباينات ينشأ عن فروق بين المجموعات الثلاثة لدرجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة) بعضها البعض لاسيما بين المجموعتين (١&٣) والمجموعتين (٢&٣)، وذلك على كافة المتغيرات: الاكتئاب، وأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة: الصحة العامة، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، ومشكلات الصحة النفسية، والأداء الاجتماعي، والألم، والحيوية، والحيوية والحالة المعنوية العامة، وإدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، إضافة إلى الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، علماً بأن أعلى درجات الاكتئاب وأدنى درجات نوعية الحياة كانت لدى أفراد المجموعة (٣)، وهي في الوقت نفسه أشد المجموعات الثلاث انتشارًا لداء الثعلبة ليشمل الجسم والرأس، وأن أقل درجات الاكتئاب وأعلى درجات نوعية الحياة كانت بين أقل الأفراد إصابة بداء الثعلبة وهي المجموعة (١) مرضى داء

الثعلبة المحددة. وهذا كله يشير في النهاية إلى وجود علاقة بين درجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة) وبين الاكتئاب وقياسات متغيرات نوعية الحياة، وهذه العلاقة تسير في اتجاه عكسي أي زيادة الشعور بالاكتئاب وتدني متغيرات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة مع الزيادة في درجة شدة داء الثعلبة.

النتائج الخاصة بالفرض الثاني: "يتباين كل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتباين عدد مرات الإصابة بداء الثعلبة":

جدول (٥)

نتائج تحليل التباين آحادي الاتجاه للكشف عن تباين الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتباين عدد مرات الإصابة بداء الثعلبة(*)

متغيرات الدراسة		مجموع المربعات	درجات حرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	الدلالة
(١)	الاكتئاب	٥٦٥٤,٨٥	٢	٢٨٢٧,٤٢	٥٢,٩١	٠,٠٠١
(٢) متغيرات نوعية الحياة	الصحة العامة	١٦٨,٨٥	٢	٨٤,٤٢	٥٦,٩١	٠,٠٠١
	حدود النشاط اليومي	١٧٧٠,٣٥	٢	٨٨٥,١٧	٤٨,٧٢	٠,٠٠١
	مشكلات الصحة الجسمية	٢٠,٢٥	٢	١٠,١٣	٧,٨٩	٠,٠٠١
	مشكلات الصحة النفسية	٩,٦٨	٢	٤,٨٤	٣,٥٣	٠,٠٣
	الأداء الاجتماعي	٨,٥٩	٢	٤,٢٩	٣,٧١	٠,٠٣
	الألم	٤١٣,٧١	٢	٢٠٦,٨٦	٦٢,٢٥	٠,٠٠١
	الحيوية والحالة المعنوية العامة	٢٠٢,٨٨	٢	١٠١,٤٤	١٣,٠٨	٠,٠٠١
	إدراكات الصحة في حاضرها مستقبلها	١٠,٢٧	٢	٥,١٤	٠,٦٣	٠,٥٤
	الدرجة الكلية لنوعية الحياة	٧٩٣,١١	٢	٣٩٦,٥٥	٩,١٣	٠,٠٠١

(*) تم تقسيم عينة المرضى إلى ثلاث مجموعات حسب عدد مرات الإصابة بداء الثعلبة، المجموعة الأولى: الإصابة ما بين (١-٢)، والمجموعة الثانية: بين (٣-٤)، والمجموعة الثالثة: من خمس مرات فأكثر.

يدلنا الجدول (٥) أن هناك تباينات جوهرية بين مرضى داء الثعلبة حسب عدد مرات الإصابة بالمرض، في الاكتئاب، وأغلب أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وهي الصحة العامة، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، ومشكلات الصحة النفسية، والأداء الاجتماعي، والألم، والحيوية، والحيوية والحالة المعنوية العامة، فيما عدا بُعد إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها الذي ابتعد قليلاً عن مستوى الدلالة المقبول (٠,٥٤). هذا فضلاً عن التباين الجوهري بين المجموعات الثلاث على مستوى الدرجة الكلية لنوعية الحياة.

جدول (٦)

متوسط الفروق واتجاهاتها بين المجموعات الثلاث لعدد مرات الإصابة بداء الثعلبة على متغيرات الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة

	المتغير	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٣/٢)
(أ)	الاكتئاب	(١) من (١-٢)	٤٥	٣,٨٣- (٠,٠٢)	٢٢,٠٧- (٠,٠٠١)	١٨,٢٤- (٠,٠٠١)
		(٢) من (٣-٤)	٣٢			
		(٣) ٥ ≤	٢٣			
(ب) أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة	الصحة العامة	(١) من (١-٢)	٤٥	٢,١٧- (٠,٠٠١)	٣,٢٧- (٠,٠٠١)	١,٠٩- (٠,٠٠٤)
		(٢) من (٣-٤)	٣٢			
		(٣) ٥ ≤	٢٣			
	حدود النشاط اليومي	(١) من (١-٢)	٤٥	٦,١٣- (٠,٠٠١)	١١,٣٧- (٠,٠٠١)	٥,٢٤- (٠,٠٠١)
		(٢) من (٣-٤)	٣٢			
		(٣) ٥ ≤	٢٣			
	مشكلات الصحة الجسمية	(١) من (١-٢)	٤٥	٠,٩٠- (٠,٠٠١)	٠,٩١- (٠,٠٠٨)	صفر (١)
		(٢) من (٣-٤)	٣٢			
		(٣) ٥ ≤	٢٣			
	مشكلات الصحة النفسية	(١) من (١-٢)	٤٥	١,٣٣- (٠,٠٠١)	٠,٩٠- (٠,٠١)	٠,٥٧- (٠,١٢)
		(٢) من (٣-٤)	٣٢			
		(٣) ٥ ≤	٢٣			

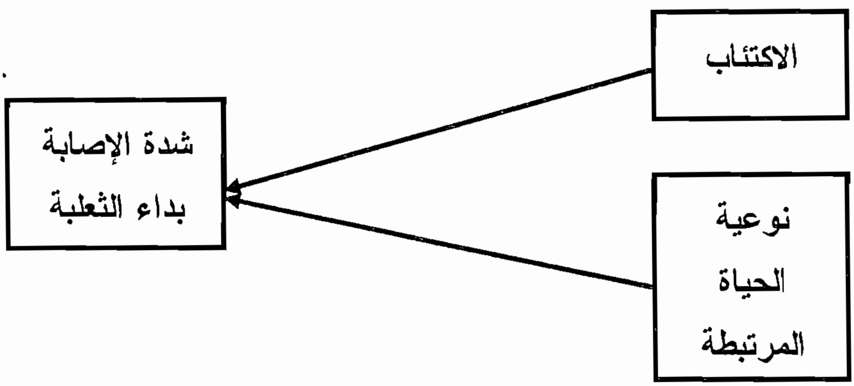
المتغير	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد	متوسط الفروق (١/٢)	متوسط الفروق (١/٣)	متوسط الفروق (٢/٣)
الأداء الاجتماعي	(١) من (١-٢)	٤٥	٠,٦٣- (٠,٠٥)	٠,٩٠- (٠,٠١)	٠,٢٧- (٠,٢٥)
	(٢) من (٣-٤)	٣٢			
	(٣) ٥ ≤	٢٣			
الألم	(١) من (١-٢)	٤٥	٣,٦٦- (٠,٠٠١)	٤,٨٠- (٠,٠٠١)	١,١٤- (٠,٠٠٥)
	(٢) من (٣-٤)	٣٢			
	(٣) ٥ ≤	٢٣			
الحيوية والحالة المعنوية العامة	(١) من (١-٢)	٤٥	٣,٠٤- (٠,٠٠١)	٢,٢٣- (٠,٠٠٨)	٠,٨١- (٠,٣٥)
	(٢) من (٣-٤)	٣٢			
	(٣) ٥ ≤	٢٣			
الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة	(١) من (١-٢)	٤٥	٣,٦١- (٠,٠٢)	٧,٩٠- (٠,٠٠١)	٤,٢٩- (٠,٠٤)
	(٢) من (٣-٤)	٣٢			
	(٣) ٥ ≤	٢٣			

وباستعراض نتائج الجدول (٦) يتضح أن معظم التباين بين المجموعات ناجم عن الفروق بين المجموعتين (١) [الإصابة بداء الثعلبة ما بين ١-٢] والمجموعة (٢) [الإصابة بداء الثعلبة ما بين ٣-٤]، وكذا الفروق بين المجموعة (١) [الإصابة بداء الثعلبة ما بين ١-٢] و(٣) [الإصابة بداء الثعلبة ٥ ≤]، بينما اختفت الفروق الدالة تماماً بين المجموعتين (٢) و(٣)، وهذه النتائج في مجملها توحي بتشابه أو تقارب المجموعتين (٢) و(٣) واختلافهما عن المجموعة (١).

عموماً تسلمنا نتائج الجدولين (٤) و(٦) إلى استنتاجين مهمين؛ أولهما أن ثمة علاقة جوهرية تبدو بين الإصابة بداء الثعلبة من ناحية، والاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة من ناحية أخرى، والاستنتاج الثاني أن هذه العلاقة تنحو في اتجاه زيادة الاكتئاب وتدني نوعية الحياة المرتبطة بالصحة مع زيادة شدة داء الثعلبة والعكس صحيح.

نتائج الفرض الثالث: والخاص بطبيعة النسق الحاكم للعلاقة بين كل من الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ودرجة شدة الإصابة بداء الثعلبة: فقد قامت الباحثة بإجراء ثلاثة نماذج لتحليلات المسار لطبيعة العلاقات المباشرة وغير المباشرة بين متغيرات الدراسة، وتم حساب مدى حسن المطابقة للنماذج المفترضة لطبيعة العلاقات بين متغيرات الدراسة، وكانت النتائج على النحو الموضح كالتالي:

- **النموذج الأول: وهو النموذج الذي يفترض أن الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة كمتغيرات مستقلة تؤثر بشكل مباشر في درجة شدة الإصابة بداء الثعلبة:**



شكل رقم (١)

مطابقة النموذج الأول للبيانات الأمبيريقية

وقد بينت نتائج جودة مؤشرات عدم حسن مطابقة النموذج الأول مع البيانات المستمدة من الدراسة، كما هو موضح في الجدول التالي:

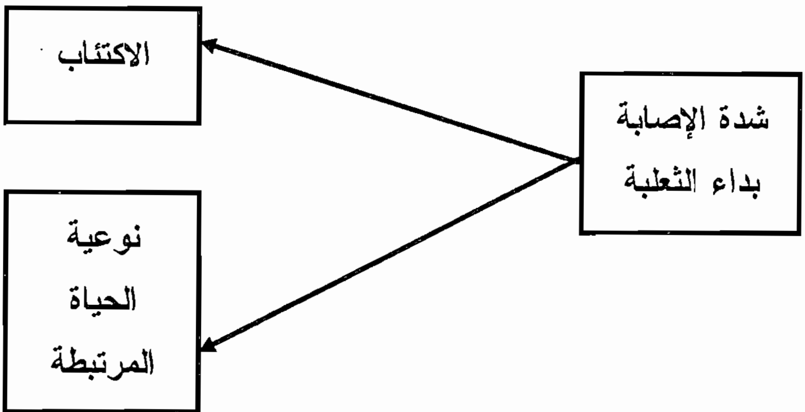
جدول (٧)

مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الأول

مؤشرات حسن المطابقة	القيمة
مؤشر حسن المطابقة GFI	٠,٩٦
مؤشر حسن المطابقة المعدل AGFI	٠,٧٨
مؤشر حسن المطابقة المعياري NFI	٠,٨٥
مؤشر حسن المطابقة المقارن CFI	٠,٨٧

علماً بأن قيمة كا^{٢}=٥,٦٩، عند درجة الحرية =١، ودالة عند مستوى ٠,٠٢

النموذج الثاني: وهو النموذج الذي يفترض أن شدة الإصابة بداء الثعلبة كمتغير مستقل تسبب الشعور بالاكتئاب، وتدني نوعية الحياة المرتبطة بالصحة:



شكل رقم (٢)

مطابقة النموذج الثاني للبيانات الأمبيريقية

وقد بينت نتائج جودة مؤشرات عدم المستمدة من الدراسة، كما هو موضح في حسن مطابقة النموذج الثاني مع البيانات الجدول التالي:

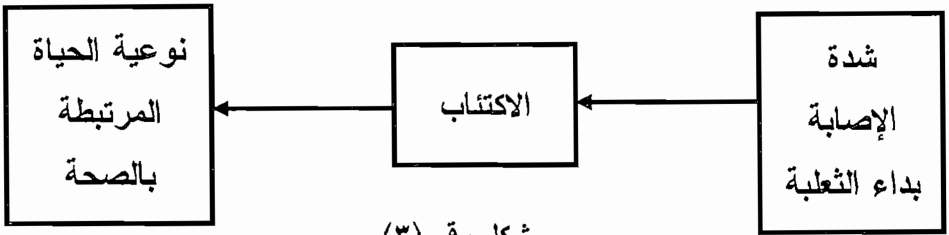
جدول (٨)

مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الثاني

مؤشرات حسن المطابقة	القيمة
مؤشر حسن المطابقة GFI	٠,٩٧
مؤشر حسن المطابقة المعدل AGFI	٠,٨٢
مؤشر حسن المطابقة المعياري NFI	٠,٨٨
مؤشر حسن المطابقة المقارن CFI	٠,٨٩

علماً بأن قيمة كا^{٢}=٤,٧٢، عند درجة الحرية =١، ودالة عند مستوى ٠,٠٣

- النموذج الثالث: وهو النموذج الذي يفترض أن الاكتئاب متغير وسيط بين شدة الإصابة بداء الثعلبة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة:



شكل رقم (٣)

مطابقة النموذج الثالث للبيانات الأمبيريقية

ويوضح جدول (٩) جودة مؤشرات حسن المطابقة للبيانات المستمدة مع هذا النموذج الثاني:

جدول (٩)

مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الثالث

مؤشرات حسن المطابقة	القيمة
مؤشر حسن المطابقة **GFI**	٠,٩٩
مؤشر حسن المطابقة المعدل **AGFI**	٠,٩٩
مؤشر حسن المطابقة المعياري **NFI**	٠,٩٩
مؤشر حسن المطابقة المقارن **CFI**	٠,١

علماً بأن قيمة كا^{٢}=٠,٠٨٠، عند درجة الحرية =١، وغير دالة عند مستوى ٠,٧٨

وتوضح النتائج المبينة في جدول (٩) عند مقارنتها بنتائج الجدولين السابقين (٧) و(٨)، أن النموذج الثالث قد حصل على أعلى مؤشرات لحسن مطابقة النموذج مع البيانات المستمدة من الدراسة، وذلك بالمقارنة مع النموذجين الأول والثاني، حيث جاءت جميع قيم مؤشرات المطابقة أقرب إلى الواحد الصحيح.

النتائج الخاصة بالفرض الرابع: "توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث من مرضي داء الثعلبة في: الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة":

جدول (١٠)

نتائج الفروق بين الذكور والإناث

من مرضى داء الثعلبة في: الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة

	متغيرات الدراسة	مجموعة الذكور (ن=٧٦)		مجموعة الإناث (ن=٢٤)		قيمة "ت"	الدلالة
		م	ع	م	ع		
(١)	الاكتئاب	٣٦,٥٠	١٢,٤٣	٤١,٨٦	٩,١٣	٢,٤٠-	٠,٠٢
(٢) متغيرات نوعية الحياة	الصحة العامة	٦,٦٧	٢,٢٥	٨,١٣	١,٣٤	٣,٨٧-	٠,٠٠١
	حدود النشاط اليومي	٢٢,٧٩	٥,٨٤	٢٣	٦,٣٩	٠,١٦-	٠,٨٧
	مشكلات الصحة الجسمية	٤,٣٦	١,٠٥	٤,٦٧	١,٥٢	١,١٨-	٠,٢٤
	مشكلات الصحة النفسية	٣,٧١	١,٢٢	٣,٥٠	١,١٤	٠,٨٢	٠,٤٢
	الأداء الاجتماعي	٦,٢١	٠,٩٥	٦,٥٠	١,٤٠	١,١٩-	٠,٢٤
	الألم	٦,٥٠	٢,٧٤	٥,٥٠	٢,٦١	١,٦٩	٠,٠٩
	الحيوية والحالة المعنوية العامة	٣٠,١٤	٣,٥٦	٣١,٣٣	٢,٢٤	١,٧٨-	٠,٠٨
	إدراكات الصحة في حاضرها مستقبلها	١٣,٠١	٢,١٩	١٤,٢١	٣,٠٣	١,٩٨-	٠,٠٥
	الدرجة الكلية لنوعية الحياة	٩٦	٧,٧٣	٩٤,١٧	٥,٢٩	١,١٨	٠,٢٤

توضح نتائج المقارنة بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة في الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة الآتي:

١- ظهرت فروق دالة إحصائيًا بين الإناث المرضى والذكور المرضى في اتجاه المجموعة الأولى بمستوى دلالة ٠,٠٢، بمعنى أن الإناث من مرضى داء الثعلبة أكثر اكتئابًا من الذكور من مرضى داء الثعلبة.

٢- أما عن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة: فجاءت النتائج لتؤكد عدم وجود فروق دالة بين مرضى داء الثعلبة من الذكور والإناث على الدرجة الكلية لنوعية

الحياة المرتبطة بالصحة، وكافة أبعادها، ماعدا بُعدي الصحة العامة، إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، حيث جاءت الإناث أقل تقديرًا لصحتهن العامة، وإدراكًا لها سلبيًا في الحاضر والمستقبل مقارنة بالذكور من مرضى داء الثعلبة.

هذه النتائج في مجملها تؤكد وجود فروق بين الجنسين من ذوي داء الثعلبة في الاكتئاب، وبعض أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، في اتجاه الإناث، ومن ثم تم التحقق من صدق الفرض الرابع.

مناقشة النتائج:

تسير مناقشة نتائج الدراسة على هدى التسلسل الذي انتظمت به فروض الدراسة، وذلك بما يخدم الرد على الأسئلة المطروحة من ناحية، وبيان مدى اتفاق، أو اختلاف النتائج مع الدراسات السابقة من ناحية أخرى.

(١) تباين كل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة حسب درجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة): حققت نتائج الدراسة الراهنة اتساقاً مع نتائج الدراسات السابقة، حيث دلت على ظهور تباينات بين المجموعات الفرعية الثلاثة لدرجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة) في الاكتئاب وكافة أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بلا استثناء، كما يتجدد ظهور هذا التباين الدال بين المجموعات بوضوح في نطاق الدرجة الكلية لكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة. وينشأ مصدر التباينات عن فروق بين المجموعات الثلاثة لدرجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة)، وذلك على كافة المتغيرات: الاكتئاب، وأبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة: الصحة العامة، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، ومشكلات الصحة النفسية، والأداء الاجتماعي، والألم، والحيوية، والحيوية والحالة المعنوية العامة، وإدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، إضافة إلى الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، علماً بأن أعلى درجات الاكتئاب وأدنى درجات نوعية الحياة كانت لدى أفراد المجموعة داء الثعلبة الشاملة، وهي في الوقت نفسه أشد المجموعات الثلاث انتشارًا لداء الثعلبة ليشمل الجسم والرأس، وأن أقل درجات الاكتئاب وأعلى درجات نوعية الحياة كانت بين أقل الأفراد إصابة بداء الثعلبة وهي مجموعة مرضى داء الثعلبة المحددة. وهذا كله يشير في النهاية إلى وجود علاقة بين درجة شدة داء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة) والاكتئاب

وقياسات متغيرات نوعية الحياة، وهذه العلاقة تسير في اتجاه عكسي أي أن زيادة الشعور بالاكتئاب وتدني متغيرات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة يرتبط بحدة درجة داء الثعلبة. وهذه النتيجة متفقة مع توصية المؤسسات القومية لداء الثعلبة في ضرورة وجود مجموعات مساندة لتساعد المرضى على مواجهة المرض، وخفض آثاره السلبية، والتوافق معه(Kalabokes, 2011). وأكدت دراسة "يايلي" وآخرين (Yayli et al., 2012) ارتفاع درجات مرضى داء الثعلبة على الأحداث الشاقة، والاكتئاب، والقلق، وانخفاض درجاتهم في نوعية الحياة خاصة الوظيفية، والنفسية، والجسمية مقارنة بالأصحاء. ومن ثم استخلصت الدراسة أن دور المتغيرات النفسية لا يتوقف على بداية الإصابة بداء الثعلبة، بل يؤثر كذلك في تفاقم شدة المرض. واتفقت دراسة "ليغ" وآخرون (Layegh et al., 2010) مع نتائج السابقة، حيث وجدت انتشار الاكتئاب بنسبة ٥٠٪ بين مرضى داء الثعلبة، وأضافت أن محاولات الانتحار كانت أعلى بين المرضى الذين يعانون الثعلبة الشاملة. وهذا في مجمله يؤكد أن درجة الاكتئاب تزاد مع تدني نوعية الحياة لدى مرضى داء الثعلبة الشاملة (أي درجة الإصابة شديدة) لما يترتب عليها تشويه واضح للجسم لفقدان الجسم والرأس أغلب الشعر.

(٢) يتباين كل من الاكتئاب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة بتباين عدد مرات الإصابة بداء الثعلبة: خَلُصت نتائج الدراسة الراهنة إلى أن هناك تباينات جوهرية بين مرضى داء الثعلبة حسب عدد مرات الإصابة بالمرض في الاكتئاب، وأغلب أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وهي الصحة العامة، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، ومشكلات الصحة النفسية، والأداء الاجتماعي، والألم، والحيوية، والحيوية والحالة المعنوية العامة، فيما عدا بُعد إدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها. فضلاً عن التباين الجوهري بين المجموعات الثلاث على مستوى الدرجة الكلية لنوعية الحياة. وهذه النتائج في مجملها تشير إلى أن أسوء المجموعات اكتئابًا وتدني في نوعية الحياة هي الأكثر تعرضًا للإصابة بداء الثعلبة، وهي تبدو متفقة إلى حد كبير مع نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على ضرورة إدراج العوامل النفسية ضمن خطة العلاج الطبي لداء الثعلبة، خاصة أنهم اكتشفوا شيوع الاضطرابات النفسية

بين مرضى داء الثعلبة بنسب تتراوح بين ٦٦٪ و٩٣٪ (Ruiz-Doblado et al., 2003; Sharma et al., 1997). وأكدت دراسة "جيلهار" وآخرون (Gilhar et al., 2012) أن تكرار الإصابة بداء الثعلبة يسبب تدهور في نوعية حياة المرضي، وتدني تقدير ذاتهم. وأضافت الدراسات أن دور المتغيرات النفسية لا يتوقف على بداية الإصابة بداء الثعلبة، بل يؤثر كذلك في تفاقم شدة المرض (Yayli et al., 2012). كما كشفت عن أن المرضى ذوي المساحات والعدد الأكبر من داء الثعلبة أكثر اكتئابًا وانخفاضًا في نوعية حياتهم (Ghaiazadeh et al., 2012).

(٣) طبيعة النسق الحاكم للعلاقة بين كل من الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ودرجة شدة الإصابة بداء الثعلبة: كشفت نتائج تحليلات المسار لطبيعة العلاقات المباشرة وغير المباشرة بين متغيرات الدراسة، عن قبول النموذج الثالث القائل بأن "**الاكتئاب متغير وسيط بين شدة الإصابة بداء الثعلبة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة**"، ورفض النموذجان الأول والثاني. والنتيجة بهذا الشكل تكشف أن الأساس في تدني نوعية الحياة يرجع إلى الإصابة بداء الثعلبة والشعور بالاكتئاب. ولعل أغلب الدراسات السابقة أكدت أن الإصابة بداء الثعلبة يترتب عليها القلق والاكتئاب، فحوالي ٩٣٪ من مرضى داء الثعلبة يعانون بالفعل من اضطرابات نفسية (Chaudhury et al., 2001; Sharma et al., 1997). وأكثر من نصف المرضي أكدوا وجود آثار نفسية سلبية للمرض على نوعية حياتهم (Firooz et al., 2005). ويمثل النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي ركيزة في تفسير داء الثعلبة، وهو نموذج يفترض أن العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية تمثل معًا محددات مهمة للصحة والمرض، حيث تتفاعل تلك العوامل معاً لتنتج حالة من الصحة أو المرض، وهذا التصور ينطوي على أن الصحة والمرض يسببهما عوامل عديدة، كما أنهما يولدان بدورهما آثاراً عديدة (Through: Taylor, 2000). وهذا ما اتفق مع النموذج المفترض، فالعوامل تتفاعل معًا لحدوث داء الثعلبة، ولا تتوقف عند هذا الحد بل تمتد لتؤثر أيضًا في استمرار المرض وتفاقمه. وقد يفسر ذلك ما وجدته دراسة "ماتزير" وآخرون(Matzer et al., 2011) من فشل مرضى داء الثعلبة في استخدام إستراتيجيات المواجهة للتعامل مع مرضهم، مما يزيد من تفاقم مرضهم.

(٤) الفروق بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة في: الاكتئاب، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة: من مجمل نتائج الفروق بين الجنسين وجد أن الإناث من مرضى داء الثعلبة أكثر اكتئابًا، وأقل تقديرًا لصحتهن العامة، وإدراكًا لها سلبيًا في الحاضر والمستقبل مقارنة بالذكور من مرضى داء الثعلبة. في حين اختفت الفروق بينهما على الدرجة الكلية لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وأغلب أبعادها. وهذه النتائج تشير إلى وجود فروق بين الجنسين من ذوي داء الثعلبة في الاكتئاب، وبعض أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في اتجاه الإناث، وهذا يتفق مع استخلاص الدراسات السابقة التي أشارت إلى أن الإناث أكثر تأثرًا بالإصابة بداء الثعلبة مقارنة بالذكور، ويتضح ذلك في دراسة "توكير"(Tucker, 2009) التي وجدت أن الإصابة بداء الثعلبة تنعكس سلبيًا على تقدير الذات، وصورة الجسم، والثقة بالنفس، والجاذبية الجنسية خصوصًا لدى الإناث، كذلك أضافت دراسة "جريبير" و"بجدوف" (Gruber & Bjedov, 2008) أن الإصابة بداء الثعلبة يلازمها اضطرابات الشخصية البينية، أو الاكتئابية لدى الإناث، وانخفاض في نوعية حياتهن بشكل ملحوظ (Fabbrocini et al., 2012). وكشفت دراسة "فينيمان" (Venneman, 1996) أن الإناث اللاتي تعانين داء الثعلبة أكثر قلقًا واكتئابًا من الذكور. ويتفق ذلك مع ما ذكرته المؤسسة القومية لداء الثعلبة في أن الإصابة بداء الثعلبة تؤدي إلى تشويه صورة الجسم كناتج عن فقدان جزء من شعر الجسم أو كله بشكل سنوي، وبالتالي يصبح المرضي أقل تقديراً في الذات، وأكثر شعوراً بالاكتئاب، وقد يتطور الأمر إلى التفكير في الانتحار (Pennington, 1993)، وتتوقف حدة هذه الأعراض على جنس المريض، حيث وجدت دراسة "ويلش" و"جوي"(Welsh & Guy, 2009) أن الذكور أكثر تقبلاً للمرض وتوافقًا معه مقارنة بالإناث، وأضاف "دونك" وآخرون (Donk et al., 1994) أن ٨٨٪ من مريضات داء الثعلبة أكَّدْنَ وجود تأثير سلبي للمرض على نوعية حياتهن اليومية، و٧٥٪ أظهرن تقدير ذات سلبي، و٥٠٪ وصفن خبرتهن بالعجز عن التوافق النفسي الاجتماعي مع فقدان الشعر. وجاءت دراسة "يايلي" وآخرون (Yayli et al., 2012) لتكشفت عن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث من مرضى داء الثعلبة الإيرانيين في نوعية

الحياة، ولكنها وجدت أن الإناث أكثر اكتئابًا من الذكور. وهذا في مجمله يشير إلى أن داء الثعلبة بشكل عام يؤثر على نوعية حياة المرضى وحالة الاكتئاب لديهم، ويظهر هذا التأثير بشكل أقوى لدى الإناث مقارنة بالذكور، لما يحمله المرض من تشويه في صورة الجسم، والجاذبية الجنسية.

ومن مُجمل نتائج الدراسة الراهنة يمكن التوصل إلى عدد من الاستنتاجات المهمة المتعلقة بالإصابة بداء الثعلبة:

(١) جاءت نتائج تأثير شدة الإصابة بداء الثعلبة (المحددة، الكاملة، الشاملة) متسقة مع نتائج تأثير عدد مرات الإصابة بداء الثعلبة، حيث وجد أن أسوء المجموعات شعورًا بالاكتئاب، وتدني نوعية الحياة المرتبطة بالصحة هي المصابة بداء الثعلبة الشاملة، يليها المجموعة المصابة بداء الثعلبة الكاملة، وكذلك المجموعة الأكثر تعرضًا للإصابة (بمعدل يفوق ٥ مرات فأكثر). وهذه النتيجة تبدو منطقية من حيث تعريف داء الثعلبة الشاملة بأنه غياب الشعر عن فروة الرأس والجسم كليهما، والثعلبة الكاملة وهي فقدان الشعر في فروة الرأس كلها (Amold, 2000; Anonymous, 2010). حيث من المنطقي أن فقدان الشعر سواء الكامل أو الشامل يتم على عدد من المرات. لذا جاءت النتائج متسقة مع بعضها البعض. وخلاصتها أن شدة الإصابة بداء الثعلبة وتكرارها يصاحبها الشعور الدال بالاكتئاب وتدني نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بكافة أبعادها: الصحة العامة، وحدود النشاط اليومي، ومشكلات الصحة الجسمية، ومشكلات الصحة النفسية، والأداء الاجتماعي، والألم، والحيوية، والحيوية والحالة المعنوية العامة، وإدراكات الصحة في حاضرها ومستقبلها، وهذه النتيجة تتسق أيضًا مع نتائج الدراسات السابقة، التي أجمعت على التأثير السلبي للإصابة بداء الثعلبة، وخاصة بالنسبة لمتغيري الدراسة الاكتئاب ونوعية الحياة (Ghaiazadeh et al., 2012; Gilhar et al., 2012; Layegh et al., 2010; Ruiz-Doblado et al., 2003; Sharma et al., 1997; Yayli et al., 2012).

(٢) تجلب نتيجة الدراسة الراهنة إثارة تساؤل مهم وهو "**هل العوامل النفسية تساهم في الإصابة بداء الثعلبة، أم أنها مترتب فقط على الإصابة**"؟. **فالجزء الأول من التساؤل** قد تم تأكيده من خلال الدراسات السابقة التي كشفت عن أن القلق، والاكتئاب، وتشوه صورة

الجسم، وتدني نوعية الحياة، وتقدير الذات المنخفض، وعدم تقبل الذات، والحساسية الاجتماعية، والانسحاب الاجتماعي من المنبئات الدالة للإصابة بداء الثعلبة (Bukhari & Kamal, 2003; Krejci-Manwaring et al., 2006; Potocka et al., 2008; Vladut & Kallay, 2010). كذلك أكده منحى نظرية المنظومات لفهم الصحة والمرض من خلال منظور النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي(Sarafino, 1995)، والتي يرى أصحابها أن معظم الأمراض النفس جسدية ترجع إلى أكثر من عامل،، مثل: الاستعداد الجسمي، والوراثة، ونوعية الغذاء، والنشاط اليومي، وممارسة الرياضة، وكلها تحد من الضغط النفسي والانفعالي، بالإضافة إلى أن العلاقة بين الواقع الخارجي (البيئة والعوامل الاجتماعية) والواقع الداخلي (النفسي والحيوي) علاقة ديناميكية يحدث فيها تفاعل باستمرار، ويصعب معه فصل عامل عن بقية العوامل، بمعنى آخر أن هذه العوامل تتفاعل معًا بدرجة كبيرة يصعب من خلالها تقدير حجم كل عامل على حدة (Cacioppo et al., 2002; Lovallo, 2000, p.345). أما الدراسة الراهنة فلم تأتي بنتائج مؤكدة ١٢ لهذا التساؤل، حيث رفضت النموذج الأول المقترح بأن الاكتئاب ونوعية الحياة قد تؤدي إلى الإصابة بداء الثعلبة. وبالتالي لم تؤيد دور العامل النفسي في الدراسة، ولكن قد يرجع ذلك إلى طبيعة هذه المتغيرات في حد ذاتها؛ بمعنى أنه ربما في حالة استخدام متغيرات أخرى، مثل: المشقة النفسية على سبيل المثال، قد يتضح دورها. وهذا يحتاج إلى دراسات مستقبلية باستخدام عينات ضابطة من الأسوياء لتأكيد هذا الدور. **أما الشق الثاني من التساؤل**، فجاءت نتائج الدراسة الراهنة لتؤكد أن الإصابة بداء الثعلبة يترتب عليها الشعور بالاكتئاب، وتدني أبعاد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. وكذلك أكدته نتائج الدراسات السابقة التي ملخصها أن القلق، والاكتئاب، وتشوه صورة الجسم، وتدني نوعية الحياة، وتقدير الذات المنخفض، وعدم تقبل الذات، والحساسية الاجتماعية، والانسحاب الاجتماعي من المترتبات النفسية على الإصابة بداء الثعلبة (Bukhari & Kamal, 2003; Krejci-Manwaring et al., 2006; Potocka et al., 2008; Vladut & Kallay, 2010). ومن ثم فالاحتمالين واردين، بأن العوامل النفسية قد تؤدي دورًا في الإصابة بداء الثعلبة،

كذلك قد تترتب على الإصابة مما يزيد من تفاقم المرض، وفي جميع الاحتمالات يظل دور العامل النفسي ضروري في فهم وعلاج الاضطرابات الجسمية، ويجب إدراجه ضمن الخطة الطبية.

(٣) على ضوء كل ما سبق يبدو أن تأثير الإصابة بداء الثعلبة لدى الإناث يفوق تأثيره لدى الذكور: حيث جاءت نتائج الدراسة لتوضح أن الإناث من مرضى داء الثعلبة أكثر اكتئابًا، وأقل تقديرًا لصحتهن العامة، وإدراكًا لها سلبيًا في الحاضر والمستقبل مقارنة بالذكور من مرضى داء الثعلبة. وهذه النتيجة تبدو مدعمة من مجمل الدراسات السابقة، التي تؤكد أن الإناث اللاتي تعانين داء الثعلبة أكثر قلقًا واكتئابًا، وشعورًا بتدني نوعية الحياة مقارنة بالذكور من مرضى داء الثعلبة (Donk et al., 1994; Gruber & Bjedov, 2008; Fabbrocini et al., 2012; Pennington, 1993; Welsh & Guy, 2009; Venneman, 1996). ويفسر ذلك في أن طبيعة مرض داء الثعلبة تسبب تشويه لصورة الجسم، التي تنعكس على الجاذبية الجنسية، ومن ثم فالإناث أكثر تأثيرًا بهذا الداء.

وبهذه الاستنتاجات التي عرضنا لها تكون الدراسة الراهنة قد حققت بعض الأهداف التي أجريت من أجلها، وتكون ــ أيضاً ــ قد وضعت بعض اللبنات لمزيد من الدراسات المستقبلية التي تسعي إلى استكمال باقي الأهداف المأمولة. والتي تركز حول أن داء الثعلبة من الأمراض السيكوسوماتية التي تحتاج إلى دراسات نفسية متعددة خاصة في الثقافات العربية، تأخذ في اعتبارها تشكيل المعايير والمعتقدات والمفاهيم النفسية المرتبطة بهذا الداء.

قائمة المراجع:

أولا: المراجع باللغة العربية:

١- أحمد عكاشة (١٩٩٨). **الطب النفسي المعاصر**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

٢- آمال عبد الحليم (١٩٩٩). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط: دراسة مقارنة لحالات مرضى ضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية. **ماجستير** (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٣- سهير الغباشي، هناء شويخ (٢٠٠٩). بعض منبئات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" المزمن من المصريين". **دراسات نفسية**، ١٩(٢)، ٢١٧-٢٦٠.

٤- هدى زينة (٢٠٠٠). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانية. **رسالة دكتوراه** (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٥- هناء شويخ (٢٠٠٧). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض المتغيرات النفسية والفسيولوجية لنوعية الحياة لدى مرضى الفشل الكلوي الخاضعين للعلاج بالاستصفاء الدموي المتكرر. **رسالة دكتوراه** (غير منشورة)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٦- هناء فهيم (٢٠٠٣). دراسة مقارنة في الأعراض السيكوسوماتية وعلاقتها بالأنماط الإدارية بين العاملين في بنوك وطنية والعاملين في بنوك أجنبية. **رسالة ماجستير** (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

ثانيا: المراجع باللغة العربية:

7- Amold, L. (2000). Psychocoetaneous disorders. In B. Sadock & V. Sadock. ***Comprehensive Textbook of Psychiatry*** (7th), (pp 1818-1227). Philadelphia: Lippincott, William & Wilkins.

8- Anonymous (2010). Alopecia Areata: Research from University of Miami. ***Psychological & Psychiatry Journal***, 11, 131.

9- Arciero, G., Russielo, F., Decaminada, F., Corona, R., & Pasquini, P. (1998). Attachment in adulthood and Psychosomatic skin diseases. ***Constructivism in the Human Sciences***, 3(1), 7-19.

10- Ataseven, A., Saral, Y. & Godekmerdan, A. (2011). Serum Cytokine levels and anxiety and depression rates in patients with Alopecia Areata. ***Eurasian Journal of Medicine***, 43(2), 99-102.

11- Bernstein, D. (2003). ***Health related quality of life and hepatitis C***. Available in http://www. hc.vadvocate.org/hcsp/articles/Bernstein-2htm.

12- Bertholet, N., Cheng, D.M. & Palfai, T.P. (2009). Does readiness to change predict subsequent alcohol consumption in medical inpatients with unhealthy alcohol use?. ***Addictive Behaviour***, 34, 636-40.

13- Bukhari, S., & Kamal, A. (2003). Development of an indigenous emotional states scale for dermatological patients. ***Pakistan Journal of Psychological Research***, 18 (1-2), 59-79.

14- Cacioppo, J., Berntson, G., Binkley, P., Quigley, K., Uchino, B., & Fieldstone, A. (2002). Autonomic cardiac control II noninvasive indices and baseline response as revealed by autonomic blockades. ***Psychophysiology***, 143, 743-749.

15- Cash, T. (1990). Losing hair, losing baldness on social impression formation. ***Journal of Applied Social Psychology***, 20, 154-167.

16- Chan, E. (2003). Alopecia and its medical management. ***Facial Plastic Surgery Clinics of North America***. 11(2), 267-276.

17- Chaudhury, S., Raju, M., Dubey, B., John, T., Salujha, S., & Srivastava, K. (2001). Alopecia Areata: Evaluation using psychological tests and the somatic inkblot tests. ***Psy Ment Health***, 8, 143-148.

18- Christensen, L.B., (1994). ***Experimental Methodology***. Boston: Allyn and Bacon.

19- David, T., Hilker, K. & Drabman, R. (2006). Anxiety and psychosocial concerns in Alopecia Areata: A Case study. ***Clinical Case Studies***, 5(2), 103-111.

20- Delamera, F., Sladden, M., Dobbins, H., & Leonardi-Bee, J. (2008). Interventions for alopecia areata. ***The Cochrane Library***, 3, 1-50.

21- Donk, J., Hunfeld, J., Passchier, J., Knegt-Junk, K. & Nieboer, C. (1994). Quality of life and maladjustment associated with hair loss in women with alopecia and rogenetica. ***Social Science & Medicine***, 38(1), 159-163.

22- Elkin, T., Hilker, K. & Draban, R. (2006). Anxiety and psychological concerns in Alopecia Areata: A case study. ***Clinical Case Studies***, 5(2), 103-111.

23- Engels, W. (1982). Dermatologic disorders. ***Psychosomatics***, 23(13), 1211-1219.

24- Fabbrocini, G., Panariello, L., Devita, V., Lauro, C., Nappo, D., Ayala, F. & Tosti, A. (2012). Quality of life in Alopecia Areata: A disease specific questionnaire. ***Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology***, 1(3), 120-131.

25- Firooz, A., Firoozabadi, M., Ghazisaidi, B. & Dowlati, Y. (2005). Concepts of patients with alopecia areata about their disease. ***BMC Dermatology***. Available in www.biomedcentral.com/ 1471-5945/5/1.

26- Ghaiazadeh, M., Ghiasi, M. & Kheirkhah, S. (2012). Depression and quality of life in Iranian patients with Alopecia Areata. ***Iranian Journal of Dermatology***, 14(4), 140-143.

27- Gilhar, A., Etzioni, A. & Paus, R. (2012). Medical Progress: Alopecia Areata. ***The New England Journal of Medicine***, 19, 1515-1525.

28- Grant, M. & Rivera, L. (1998). Evolution of quality of life in oncology and oncology Nursing. In C. King & P. Hinds, ***Quality of life from Nursing and patient perspectives*** (pp.3-22), Boston: Jones and Bartlett Publishers.

29- Graves, K. (2003). Social Cognitive Theory and Cancer Patient's QOL: A Meta–analysis of psychosocial intervention components. ***Health Psychology***, 22(2), 210-219.

30- Green, J., & Sinclair, R. (2000). Genetics of alopecia areata. ***Australasian Journal Dermatology***, 41, 213-218.

31- Gruber, E. & Bjedov, M. (2008). Alopecia areata in female patient suffering from borderline personality disorder (with Co-occurring mood disorder, present episode depressive). ***European Psychiatry***, 23(2), 94-110.

32- Gulec, A., Tannverdi, N., Duru, C., Saray, Y. & Akcli, C. (2004). Report the role of psychological factors in Alopecia Areata and the impact of the disease on the quality of life. ***International Journal of Dermatology***, 43(5), 352-356.

33- Gupta, M. & Gupta, A. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with Acne, Alopecia Areata, Atopic Dermatitis and Psoriases. ***The British Journal of Dermatology***, 135(5), 846-850.

34- Haberman, M. & Bush, N. (1998). Quality of life Methodological and Measurement Issues. In C. King & P. Hinds (Ed.), ***Quality of life from Nursing and Patient Perspectives*** (pp.117-139), Boston: Jones and Bartlett Publishers.

35- Kalabokes, V. (2011). Alopecia areata: support groups and meetings – how can it help your patients?. ***Dermatologic Therapy***, 24(3), 302-304.

36- Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J., Block, G. & Humphreys, M. (2001). Association among SF36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalization, and Mortality in Hemodialysis.***Journal of The American Society of Nephrology***, 12, 2797-2806.

37- Kandil, F. (1998). ***Quality of Life among Cancer Bladder Patient with Different Urinary Diversions***. MD, Faculty of Nursing, Cairo University.

38- King, C. (1998). Overview of Quality of Life and Controversial Issues. In C. King & P. Hinds (Ed.), ***Quality of life from Nursing and Patient Perspectives*** (pp.23-34), Boston: Jones and Bartlett Publishers.

39- Krejci-Manwaring, J., Kerchner, K., Feldman, S., Rapp, D. & Rapp, S. (2006). Social sensitivity and Acne: the role of personality in negative social consequences and quality of life.

International Journal of Psychiatry in Medicine, 36(1), 121-130.

40- Kyser, E. (1993). ***Coping styles and adjustment factors of alopecia areata***. Ph.D., California School of Professional Psychology, United States.

41- Lavallo, W. (2000). ***Abnormal Psychology Pattern issues interventions***. New Work: John Wisely & Sons.

42- Layegh, P., Arshadi, H., Shahriari, S., Pezeshkpour, F. & Nahidi, Y. (2010). A Comparative study on the prevalence of depression and suicidal ideation in dermatology patients suffering from Psoriases, Acne, Alopecia Areata and Vitiligo. ***Iranian Journal of Dermatology***, 13(4), 106-110.

43- Luxon, K., Fletcher, R. & Leeson, H. (2009). Predictors of future anxiety about male pattern baldness in New Zealand males. ***New Zealand Journal of Psychology***, 38(3), 35-41.

44- Madani, S., & Shapiro, J. (2000). Alopecia areata update. ***Journal of the American Academy of Dermatology***, 42, 549-566.

45- Matzer, F., Egger, J. & Koera, D. (2011). Psychological stress and coping in Alopecia Areata: a questionnaire and qualitative study among 45 patients. ***Acta Dermato-Venereologica***, 91(3), 318-327.

46- McCann, K. & Boore, J. (2000). Fatigue in persons with Renal Failure Who Require Maintenance Haemodialysis. ***Journal of Advanced Nursing***, 32 (5), 1132-1143.

47- Monselise, A., Bar-On, R., Chan, L., Leibushor, N., McElwee, N. & Shapiro, J. (2013). Examining the relationship between

Alopecia Areata, Androgenetic Alopecia and emotional intelligence. ***Journal of Cutaneous Medicine and Surgery***, 17(1), 46-51.

48- Owoeye, M., Aina, M., Omoluabi, P., & Olumide, Y. (2007). An assessment of emotional pain among subjects with chronic dermatological problems in Lagos, Nigeria. ***International Journal of Psychiatry in Medicine***, 37(2), 129-138.

49- Panconesi, E. & Mantellassi, G. (1995). Psychological factors in etiology and pathogenesis of Alopecia Areata. ***Rass Dermatol Sifilogr***, 8(4), 121-146.

50- Papadopoulos, R., & Legg, C. (1999). Psychological factors in cutaneous disease: An overview of research. ***Psychology, Health & Medicine***, 4(2), 107-126.

51- Pennington, L. (1993). Alopecia areata: Age, gender differences in self-esteem, depression and stress. ***Ph.D.***, California School of Professional Psychology – Loss Angles.

52- Picardi, A. & Abeni, D. (2001). Stressful life events and skin disease: Disentangling evidence from myth. ***Psychotherapy and Psychosomatics***, 70(3), 118-136.

53- Picardi, A., Pasquini, P., Abeni, D., Fassone, G., Mazzotti, E., & Fava, G. (2005). Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. ***Psychotherapy and Psychosomatics***, 74,315-322.

54- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C., Papi, M., Camaioni, D., Tiago, A., Gobello, T., & Biondi, M. (2003). Psychosomatic factors in first-onset alopecia areata. ***Psychosomatics***, 44(5), 374-381.

55- Picardi, A., Porcelli, P., Pasquini, P., Giovanni, F., Mazzotti, E., Lega, I., Ramieri, L., Sagoni, E., Abeni, D., Tiago, A., & Fava, G. (2006). Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. ***Psychosomatics***, 47(2), 122-128.

56- Potocka, A., Turczyn-Jablonska, K., & Swierczynska, M. (2008). Self-image and quality of life of dermatology patients. International ***Journal of Occupational Medicine and Environmental Health***, 21(4), 309-317.

57- Qiao, J., & Fang, H. (2013). Moth-eaten alopecia: a sign of secondary syphilis: CMAJ. ***Canadian Medical Association Journal***, 185(1), 61.

58- Randall, V. (2001). Is alopecia areata an autoimmune disease?. ***Lancet***, 358, 1922-1924.

59- Ruiz-Doblado, S., Carrizosa, A., & Garcia-Hernandez, M. (2003). Alopecia areata: psychiatric co-morbidity and adjustment to illness. ***International Journal of Dermatology***, 42(6), 434-437.

60- Safavi, K., Mutter, S., Suman, V., Moshell, A., & Melton, L. (1995). Incidence of alopecia areata in Olmsted County, Minnesota. ***Mayo Clin Proc***, 70, 628-633.

61- Sarafino, E., (1995). ***Health Psychology: Biopsychological Interactions.*** New York: Wiley.

62- Sharma, V., Dubey, B., Muralidharan, K., & Kumar, B. (1997). Psychological profile of patients with Alopecia Areata. ***Sis J. Projective Psychology & Mental Health***, 7, 158-163.

63- Siru, R., Hulse, G.K. & Tait, R.J. (2009). Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness. a review. ***Addiction***, 104, 719-33.

64- Sobhonslidsuk, A., Silpakit, C., Kongskan, R. & Satitpornkul, P. (2006). Factors influencing health – related quality of life in chronic liver disease. ***World J of Gastroenterology***, 12(48), 7786-7791.

65- Taylor, S. (2000). ***Health psychology*** (4th). New York: McGraw – Hill, Inc.

66- Trueb, R. (2010). Systematic approach to hair loss in women. ***Journal of the German Society of Dermatology***, 8(4), 284-297.

67- Tucker, P. (2009). Bald Is Beautiful? The psychosocial impact of Alopecia Areata. ***Journal of Health Psychology***, 14(1), 142-151.

68- Tung, W., Farmer, S. & Ding, K. (2009). Stages of condom use and decisional balance among college students. ***International Nursing Review***, 56, 346-53.

69- Uchino, B., Caciopp, J., & Kiecolt-Glaser, J. (1999). The relationship between social support and psychological process: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. ***Psychological Bulletin***, 119, 488 - 531.

70- Van-Moffaert, M. (1992). Psycho-dermatology: an overview. ***Psycho-Therapist of Psychosomatic***, 58, 125-136.

71- VendenBos, G. (2007). ***APA Dictionary of Psychology***. Washington:. American Psychological Association.

72- Venneman, S. (1996). Discrimination and profile of alopecia areata and alopecia androgenetic patients. **Ph.D.,** Saint Louis University.

73- Vladut, C., & Kallay, E. (2010). Psychosocial implications of psoriasis-Theoretical Review: Cognitive, Brain, Behavior. ***An Interdisciplinary Journal***, 4(1), 23-35.

74- Vukadinovic, C. (2000). Quality of Life. ***Philosophy and Sociology***, 2 (7), 373-377.

75- Wells, P., Willmoth, T., & Russell, R. (1995). Does fortune favour the bald? Psychological correlates of hair loss in males. ***British Journal of Psychology,*** 86, 337-344.

76- Welsh, N., & Guy, A. (2009). The lived experience of alopecia areata: A qualitative study. ***Body Image***, 6(3), 194-200.

77- Wickramasekera, I. (2008). Hypnotic approaches for alopecia areata. ***American Journal of Clinical Hypnosis***, 51, 2, 225.

78- Willemsen, R., Vanderlinden, J., Deconinck, A., & Roseeuw, D. (2006). Hypnotherapeutic management of Alopecia Aerate. ***Journal of American Academy of Dermatology***, 55(2), 233-237.

79- Wygledowska-Kania, M., Bogdanowski, T. & Pizeglad, L. (1995). Examination of the significance of psychological factors in the etiology of Alopecia Areata. I. Examining Type A behaviour. ***Pizeglad Lekarski***, 52(6), 311-314.

80- Yayli, S., Tiryaki, A., Dogan, S., Iskender, B. & Bahadr, S. (2012). The role of stress in Alopecia Areata and comparison of life quality of patients with Androgenic Alopecia and healthy controls. ***Archives of the Turkish Dermatology & Venereology***, 46(3), 134-137.

Severity of Alopecia Areata in Relation to Each of Depression and Health –Related Quality of Life

Hanaa A. M. Shuwaikh, (PhD.)

Abestract:

The study aimed to clarify the relation between all of Depression, Health Related Quality of Life (HRQL), and severity of Alopecia Areata (AA) by using Path Analysis. In order to verify the hypotheses of study, a battery of questionnaires including the demographic questionnaire, Deck Depression Inventory, and Short form 36 Questionnaire for HRQL have been used. After fulfilling the psychometric requirements of the battery, the data were collected from a sample (n=100) patients with AA (76 male, 24 female), there ages ranged from 22–56 years, with a mean of 40.43 (SD=6.15). The findings of the study were as follows: (1) The AA was the most effect on increasing depression and decreasing HRQL. (2) Depression was as mediator variable between AA and HRQL. (3) There were significant differences between male and female patients with AA in: depression, health – related quality of life.

Key words: *Depression, Health-Related Quality of Life, Alopecia Areata.*